

DIRECTOR

Prof. MARCO A. IRIARTE
Decano de la Facultad

COMITE DE REDACCION

Prof. Luis Patiño-Camargo
Prof. Jorge Bejarano
Prof. Santiago Triana Cortés

IMPOTENCIA COEUNDI

Prof. *Francisco Gnecco Mozo.*

Se entiende por impotencia, según Jones, la imposibilidad total o parcial de verificar el coito heterosexual "per vaginum" con satisfacción. A esta definición habría que, añadir según Nacht: con satisfacción para el sujeto y el objeto.

Esta definición moderna, bien de acuerdo con la fisiología, distingue la impotencia *coeundi* de la *generandi* que tanto se confundieron en otros tiempos, y que son tan distintas como la frigidez y la esterilidad en la mujer.

Muchas son las clasificaciones que se han ensayado en el estudio de la impotencia, desde las de Roulant, Langlebert, Mata, hasta la de Dechambre y Maceros. Todas tienen sus méritos y muchas sus lunares, y de éstos hay que culpar, más que a los autores, a las incógnitas que aún guarda la patogenia del síndrome. Desde hace mucho tiempo se vienen dividiendo las impotencias en orgánicas y funcionales, según que se encuentre una deformación o una enfermedad causal, general o local, o que, como frecuentemente sucede, no haya a qué achacarle la culpa de la decadencia de ésta importante función que es la facultad de verificar relaciones intersexuales.

Ha habido, además, en casi todas las clasificaciones que conocemos, la tendencia a incrementar la importancia de la rama de conocimientos especiales a que se dedica su autor: así, mientras los psiquiatras y neurólogos buscan apoyo para su clasificación en bases psicopatogénicas y neurológicas, los urólogos enfocan el problema muy principalmente desde el punto de vista de las inflamaciones agudas o crónicas de la uretra posterior, y los juristas, para quienes tiene gran importancia la repercusión del síndrome sobre el contrato matrimonial, sólo atienden a si la impotencia es pasajera o permanente, antecedente o anterior a la celebración del matrimo-

nio o superveniente y contraída después de verificado éste; absoluta, que impide la unión carnal con todas las personas del otro sexo, y relativa, que sólo la imposibilita con ciertas personas, etc.

Tratando de huir de toda deformación de especialista, hemos ensayado la clasificación que transcribimos en el cuadro siguiente, la que no pretendemos perfecta, pero sí concuerda con los principales objetivos de nuestro estudio:

CLASIFICACION

IMPOTENCIAS	ORGANICAS	<p>LOCALES</p> <p>Deformaciones traumáticas, por falta de desarrollo genital, induración de los cuerpos cavernosos, congestión pasiva por abstinencias, prostatitis, verumontanitis, etc.,</p> <p>Endocrinas (con lesión glandular comprobada). (Hipogonitalismo. Castración. Atrofia testiculares). Enfermedad de Addison, Basedow y mixedema. Acromegalia. Insuficiencia hipofisaria tumoral, Tetania. Diabetes, etc.</p> <p>GENERALES</p> <p>Neurológicas: Tabes, mielitis, esclerosis en placas, traumatismos, etc.</p> <p>Intoxicaciones e infecciones: Plomo, alcohol, tuberculosis, sífilis.</p> <p>Caquexias: cáncer, anemia perniciosa, enfermedad de Simonds, etc.</p>
	FUNCIONALES	<p>Por agotamiento: excesos genitales, onanismo, etc.</p> <p>Disfunción endocrina sin lesión glandular comprobable:</p> <p>Constitución hiposuprarrenal, etc.</p> <p>Hipoparatiroidismos latentes.</p> <p>Obesidad, prediabetes.</p> <p>Psíquicas (anemia, neurosis).</p> <p><i>Coilus interruptus</i>, fobias.</p> <p>Timidez, asco, perversión,</p> <p>Complejos freudianos, impotencia conyugal, etc.</p>
MIXTAS		<p>{ (Sobre todo impotencias endocrinas o urológicas, con repercusión psíquica intensa)</p>

No comprendemos en ésta clasificación las pretendidas impotencias de la niñez, y de la edad avanzada, porque el objeto de los estudios patológicos son los desarreglos que contrarían la fisiología. Y tampoco mencionamos en ella las impotencias temporales o accidentales, y transitorias o las permanentes, porque hemos de ser muy parcos y prudentes en el pronóstico de las impotencias, sobre todo funcionales, en las que el buen éxito depende de un buen diagnóstico y de un tratamiento oportuno y eficaz.

Las dificultades se agrandan cuando se echa de ver la repercusión casi constante que el síntoma o el síndrome de impotencia coeundi tiene sobre la vida afectiva, y por intermedio de ella, sobre las actitudes sociales, familiares, etc. de la mayoría de los casos. De aquí que en nuestra clasificación tengamos las impotencias mixtas como un grupo aparte y de significación primordial.

Como sucede con ciertos síndromes endocrinológicos, así como en ocasiones puede achacarse la culpa de todos los trastornos a una sola glándula de secreción interna, sucede también que a veces se intrincan de tal manera los síntomas, que no se puede menos de hacer un diagnóstico de desarreglo pluriglandular. Y como en estas disfunciones endocrinas, a veces no se sabe a qué glándula echar la culpa primero, en cuál se inició la disfunción primitiva, así también en el síndrome de impotencia coeundi, es en ocasiones sumamente difícil saber si las constataciones neuróticas, fueron primitivas o son secundarias a funciones endocrinas, a infecciones, malformaciones, etc.

“No hay enfermedad, decía Belliol, que ensombrezca más el pensamiento que la impotencia. “¡Impotencia! palabra desoladora que expresa la incapacidad de hacer triunfar una voluntad; en efecto, cuando, joven todavía, se siente en sí mismo la imperiosa necesidad de llenar una de las altas facultades de la especie humana, la de reproducirse, y que en medio de todas las voluptuosidades, mientras que el corazón tiene aún emociones de las más dulces, se encuentra un obstáculo invencible que nos muestra lo vanos de todos nuestros esfuerzos, se comprende entonces que la vida no sea más que una amargura....”.

“En el seno de esta lucha incansante y desigual, el hombre moral se degrada, la inteligencia se aminora, la imaginación se oscurece, el genio se acaba; y como el cerebro, ese foco luminoso del pensamiento que va a irradiar la vida en todo nuestro sér, no recibe más la enérgica e indispensable influencia de los órganos genitales exhaustos, todas nuestras funciones se debilitan y el hombre, a pesar de estar en plena fuerza y vigor, asiste dolorosamente a la degradación de todo su sér; ha visto apagarse la chispa que animaba su organismo”. “Y ahora, débil, vencido, los ojos apagados, el corazón devorado de melancolía, marcha por el sendero de la vida, sin meta, sin esperanza, herido por el más amargo de los dolores....”.

Hé aquí cómo a mediados del siglo pasado, se comenzaba a escribir un libro que llevaba por título el de “Consejos a los hombres debilitados”.

La desesperanza era por entonces, y lo es hoy aún en muchos casos, uno de los síntomas objetivos que acompañan con frecuencia al síndrome de la impotencia.

El estado de ánimo del impotente es bien comprensible, sobre

todo cuando la libido, el deseo sexual, es intenso. Sólo se puede comparar con la imposibilidad de cumplir un acto esencial de la vida humana, como la del paralítico con deseos de andar, o la del disfágico con ganas de comer.

No es, pues, de extrañarnos, que se encuentren entre los impotentes sexuales de toda clase, obsesos, melancólicos, neurasténicos, hombres deprimidos, en general, que en su sentimiento de inferioridad y de inutilidad, pueden llegar hasta el suicidio. La repercusión del síndrome de impotencia sobre la vida afectiva, es casi constante; y de allí la natural conclusión del médico que no encontrando deformación, intoxicación o infección que expliquen una impotencia coeundi, la atribuya simplemente a una causa de origen psíquico.

Si no podemos negar hoy, en el estado actual de la ciencia, el que existan impotencias de origen psíquico puro, el gran grupo que éstas por sí solas constituían antes, se ha ido desmembrando poco a poco, y le ha cabido a la Endocrinología el papel de hacer propios numerosísimos casos de los que antes, por dificultades diagnósticas, eran el objeto del psicoanálisis y de los experimentos psicoterápicos.

En contraste con casos de etiología dudosa, en buen número de ocasiones las causas endocrinológicas o psíquicas se imponen tan evidentemente, que de hecho se clasifican por sí mismas en cualquiera de los grupos de nuestra clasificación. Es lo que ocurre en las impotencias de los neuróticos o en los síndromes endocrinos tan aparentes como la enfermedad de Basedow, la atrofia testicular, la acromegalia, etc.

Para ilustrar todo lo que anteriormente hemos dicho, nos sirven muy propiamente tres historias clínicas, dos de las cuales son del doctor Nacht del Laboratorio de Psicoterapia y Psicoanálisis de la Facultad de Medicina de París.

La primera es de un caso de impotencia sexual pura de un hombre de veintisiete años. Fué a consultarle al doctor Nacht porque, a pesar de todos los tratamientos de los últimos años, era impotente. Habían ensayado en él la electroterapia, opoterapia y la psicoterapia.

“Este enfermo era un muchacho inteligente, cultivado y ejercía una profesión liberal. La ejercía mal por lo demás; vivía descontento de lo que hacía, pues se daba cuenta de que lo hubiera hecho mejor si hubiera podido utilizar todos sus medios. Se consideraba, en general por debajo de sí mismo: “Tengo todo para ser feliz, decía, pero soy desgraciado”. Por momentos tenía obsesiones... (veía mujeres desnudas que lo flagelaban o que se flagelaban entre sí y aún que él las flagelaba). Estas imágenes le hacían sufrir a pesar

de la excitación sexual que le provocaban, pues no podía tener con ellas ninguna erección”.

“Es sobre este síntoma que las curas psicoterápicas a las cuales se sometió, tuvieron un efecto feliz, pero de poca duración. En fin, para volver al síntoma principal, era impotente: este hombre de veintisiete años no había podido jamás, a pesar de múltiples y diversas experiencias, tener una erección en presencia de una mujer. Tenía muchas amistades. Durante dos años había tenido una amante, si éste término puede ser empleado en éste caso.

“Como pasa a veces en ciertos casos, no podía tener erecciones en presencia de una mujer, y las tenía en cambio cuando estaba sólo. Se masturbaba a menudo, y los sueños eróticos seguidos de poluciones, no eran raros. En la mayoría de los casos, la erección era provocada por imágenes de flagelaciones.

“Por otra parte, éste muchacho vivía con su familia, compuesta por su madre, sus hermanos y hermanas y su padrastro. Perdió a su padre cuando tenía cinco años. Creía recordar que la muerte de su padre le había dado un gran pesar; no se acostumbraba a la idea de haberlo perdido y recomendaba a su sirvienta que le dejara la puerta para ver si su padre volvía. Ha guardado éste muchacho un recuerdo muy emocionado de su padre, que por lo demás parece haber sido un hombre de excepcionales atractivos.

“Y ahora, veamos cómo se ha desarrollado el análisis de éste enfermo. Desde el principio nos sorprendimos por la ausencia de resistencia. Esta actitud se mantuvo durante todo el tratamiento. Podemos decir aún que es uno de los raros enfermos que nos ha dado realmente la impresión de dejar sus asociaciones encadenarse libremente.

“En todas las primeras sesiones nos contaba sueños que parecían constituir la base de su neurosis”.

“Hé aquí el primer sueño.

“Estaba en una comida y contaba a los invitados cómo las gentes se admiraban de que pudiera estar alegre (y jugar al tennis) cuando había un muerto en la casa. Este muerto es su tío paterno.

“La interpretación de éste sueño es tan fácil que no hay lugar a insistir: Reproche, remordimiento de vivir, de gozar de la existencia sin embargo de que su padre (representado por el tío del sueño) había muerto.

“El segundo sueño es todavía más preciso y completo: Está en una casa a la que llega un batallón de soldados en vestido estilo Luis XIV; al frente del batallón se encuentra alguien que lleva la cabeza de Luis (el paciente hace notar que ésta era en verdad la cabeza de su abuela paterna) tiene la impresión de que se le va a tomar preso; se le acusa de complicidad en un crimen que se ha cometido en los alrededores. Hay sangre por todas partes. Siente

como un anillo que le aprieta la pierna. En éste sueño no sólo el enfermo se acusa a sí mismo, sino que va más lejos; expresa de una manera clara el miedo al castigo, la castración (la pierna en la cual siente el anillo debe ser considerada aquí como el símbolo del miembro viril).

“Así, el punto esencial de la neurósis parecía resultar de un sentimiento de culpabilidad ligado al reproche que el enfermo se hacía inconscientemente, como si hubiera sido culpable de la muerte de su padre, (realización)”.

El doctor Nacht dió estas interpretaciones al paciente pero solamente después de algunas sesiones, por miedo de atacar muy rápidamente y sin preparación el sentimiento de culpabilidad que pesaba de manera evidente sobre su vida. Sin embargo, estas explicaciones fueron fácilmente aceptadas por el enfermo. Pero rápidamente, y en muchas sesiones sucesivas, pasó algo que vino a demostrar completamente la etiología de la impotencia, y que llevó al paciente a la convicción absoluta. Dejando sus ideas encadenarse libremente, veía de repente la imagen de sus padres de frente primero y luego como si quisieran abrazarse.

El no podía soportar la imagen de sus padres intercambiando caricias, lo mismo que le sucedía cuando estaba niño ante estas escenas; (complejo de Edipo). Separaba estas imágenes para no revivir los sentimientos de hostilidad (celos respecto de su padre, deseos de suprimirlo) que ellas habían provocado y luchaba por mantenerlas ocultas.

“Hé aquí los materiales esenciales del análisis. Demuestran, como decíamos antes, que la neurosis de este joven se debía a un sentimiento inconsciente de culpabilidad. Vivía bajo el peso de los remordimientos inconscientes de ser responsable de la muerte de su padre.

Nada era posible para él sin la condición de sufrir, (auto punición por la enfermedad, fracaso general en la vida). En este caso, luego de seis semanas de tratamiento, lo que es verdaderamente poco tiempo, como resultado del psicoanálisis, el paciente se sintió revivir. “Como si se le hubiera quitado un peso de encima, o como si hubiera despertado de una pesadilla”.

Desde el primer momento se echa de ver la neurosis que, y como frecuentemente sucede cuando ésta se acompaña de impotencia en el hombre, es de carácter alucinatorio.

La segunda historia también muy ilustrativa, y parecidas a la cual tenemos algunas en el curso posterior de nuestro estudio, es la de un hipogenitalismo que se acompaña de trastornos psíquicos; y si la traemos a cuento es precisamente por relatarla un psicoanalista, quienes muy frecuentemente, por una obsesión muy expli-

cable en los especialistas, poca importancia dan a los pequeños signos endocrinos.

Se trata en este caso de M. R. de treinta y dos años, que llegó por primera vez al hospital Eichat en el mes de noviembre de 1933. Este paciente se quejaba de las burlas más o menos directas de sus compañeros de trabajo. Decía que éstos no hablaban nunca delante de él, pero que una vez que volvía la espalda, o cuando se encontraba en la pieza de al lado oía que sus camaradas se cuchicheaban unos a otros. "Este es un "cornudo", su mujer lo engaña, y se casó con él para divertirse libremente con otros". Esto no ha de extrañarnos pues no es un hombre; tiene el pene de un muchachito. No tiene testículos, sino unos infelices garbanzos".

Bien pronto se convenció de que aún fuera del despacho en donde trabajaba tenían conceptos análogos respecto de él. Frecuentemente en el autobús, las gentes lo trataban de "cornudo". Bien pronto un verdadero complot se urdió contra él. Se le quería asesinar, y había oído a sus camaradas hacer planes para ello. Fué en el curso de un paroxismo de angustia que coincidió con las amenazas, cuando llegó al hospital Eichat.

"A los síntomas alucinatorios venía a añadirse entonces un delirio de innumerables interpretaciones. Pero son las alucinaciones las que más nos interesan aquí.

"Antes de ir más lejos, es necesario indicar la constitución morfológica de éste paciente. Ella tiene una importancia capital para la historia de este caso, pues ha provocado el sentimiento de inferioridad, parte de la psicosis. Este hombre joven, grande, bien hecho aparentemente, llama la atención desde el primer momento, por el timbre particular de su voz que es la de un adolescente. Vemos igualmente la ausencia de la barba. Si se desviste, se ve entonces la presencia de *senos* semejantes en forma y dimensiones a los de una mujer bien provista; además, se nota ausencia de "vello" en las axilas y en el pubis. Los órganos genitales son infantiles. El pene tiene las dimensiones del de un muchacho de poca edad. Los testículos, del volumen de los de un niño. Es pues, un *hipogenital*.

"Vamos a ver la repercusión profunda de esta anomalía sobre la vida psíquica, y sobre todo, sobre el delirio de este hombre.

"¿Cuál es la historia de su vida?

"Fué normal ella y sin incidente, hasta la época del servicio militar.

"Tuvo una infancia normal; su caracter no difería en nada del de otros niños que le rodeaban. Adolescente, hizo sus estudios secundarios, y entonces tampoco le sucede nada particular. Hacia los diez y siete años por primera vez, tuvo ocasión de comprobar en la playa, que los órganos genitales de sus camaradas eran más desarrollados que los suyos, pero no dió mucha importancia a esta

comprobación. Sin embargo, algún tiempo después, cuando sus camaradas quisieron llevarlo a una casa pública él se opuso enérgicamente por timidez, miedo vago, etc. Vino la época del regimiento y allí fué el desastre”.

“Pudo entonces comprobar de nuevo que no era como los demás y sus camaradas también se dieron rápidamente cuenta de ello. En efecto, lo hicieron objeto de sus burlas sin fin. Es fácil imaginar cómo en la atmósfera del cuartel, sería bien penoso para R. darse cuenta de su inferioridad.

“A partir de este momento su carácter cambia. Se vuelve sospechoso, hermético, sombrío, agresivo. Salido del regimiento, tomó un empleo.

“Exteriormente todo iba bien, porque en su nuevo medio se ignoraba su anomalía. Pero interiormente el golpe inicial lo había minado; vivía rumiando su inferioridad, apartando con cuidado toda ocasión en que su secreto pudiera ser descubierto. Después le vino la idea de casarse. Este deseo un poco sorprendente después de lo que hemos dicho de él, se explica con facilidad.

“El amaba a su futura mujer en verdad, pero, sobre todo, esperaba por su matrimonio dar un mentís formal y oficial a todo el mundo. Puso a su mujer al corriente de su anomalía, y ésta aceptó el matrimonio que se presentaba como un matrimonio blanco. Fué incapaz de realizar una relación sexual.

“Poco tiempo después de su matrimonio los trastornos neuróticos se iniciaron. Primero le vino la impresión de que sus camaradas se burlaban de él, después, el delirio, la alucinación: “Miren eso, eso no es un hombre y tiene una mujer.... ha de ser un infeliz.... no tiene pene...., etc., etc.

“Hemos de notar que de una parte los propósitos que él atribuye a las alucinaciones, traducen los hechos reales, hechos que durante muchos años le han preocupado, disminuído y apesadumbrado. Por otra parte las alucinaciones le hablan de su mujer, de engaños posibles, cuya aprensión es por lo menos lógica en un impotente hipogenital. Tenemos, pues, que éstas alucinaciones aparecen por pensamientos anteriores del sujeto, y el lenguaje en las alucinaciones es casi igual al de sus antiguos camaradas del ejército.

“Además R. percibe bajo la forma alucinatoria propósitos que, durante mucho tiempo, había concebido él mismo después de una larga y dolorosa meditación”.

Si aclaramos que este paciente tenía una herencia nerviosa directa, nos daremos cuenta del porqué un estado morfológico de inferioridad sexual fué capaz en él, (no lo es en todos los casos) de llegar a la *psicosis*.

Peregrino sería atribuir ésta al hipogenitalismo del paciente: los trastornos psíquicos son tan intensos y evidentes, que en este

caso de impotencia aparentemente mixta, lo preponderante y contra lo que ha de ir directamente el tratamiento, es indudablemente la neurosis.

Para acabar de ilustrar con ejemplos prácticos este capítulo de generalidades, hemos de transcribir la historia de un caso endocrinológico en que la impotencia no tenía repercusión ninguna sobre la vida afectiva del paciente: se trata de L. M. obeso con grandes acúmulos de grasa retromamaria, que dice haber tenido desde el tiempo de la pubertad; con morfología feminoide de todo el cuerpo. Tiene escaso vello axilar, y el pubiano es de repartición feminoide, hay un acúmulo de grasa en el pubis que lo asemeja a un "monte de Venus".

Tiene a la sazón veintiocho años de edad y no hay testículos en las bolsas.

Su pene, aunque no de tamaño absolutamente normal, no acusa un retraso cronológico muy marcado, lo que, añadido a los esbozos de caracteres sexuales secundarios, hace pensar en cierta actividad testicular intrabdominal.

Este paciente nos asegura no haber tenido jamás ninguna relación sexual, ni haberse nunca dado a los placeres solitarios.

Del interrogatorio se deduce que hay una pérdida absoluta de la libido, y que siempre la hubo. Si viene a consultarnos es porque ha comprendido ahora que si *"algún día le diere por contraer matrimonio, su inferioridad genital lo llevaría seguramente al fracaso"*.

Contrasta la absoluta indiferencia de este paciente, que por los síntomas, parece no tener siquiera erotización mental testicular, con la hiperemotividad, con la ansiedad extrema que tiene quien, habiendo tenido en alguna parte de su vida sus funciones sexuales perfectas, las ve agotarse o perderse intempestivamente. Esta indiferencia sexual puede compararse con la conformidad casi alegre con que los viejos reciben habitualmente la decadencia de sus funciones genitales.

Hemos hablado antes de una indiferencia análoga en un paciente de nuestra casuística de diabetes, y es lo curioso que en los casos de esta clase no es excepcional encontrar cierta desverguenza respecto del matrimonio.

Se casan a veces los pacientes de éstas impotencias, a pesar de saberse incapaces para cumplir con sus deberes conyugales, con el mismo cinismo responsable y criminal conque un sifilítico a sabiendas, desposa a una mujer indefensa y sana.

La historia tiene no pocos ejemplos de tragedias de esta clase, que han sido motivo de estudios detallados y que han tenido repercusiones no sólo en la vida conyugal y doméstica, sino aún en la in-

ternacional. Los matrimonios de reyes y otros personajes, por razones políticas son bien conocidos....

“Con respecto a mi estado de virgen, es aún el mismo. Sin embargo, no pierdo la esperanza: el Rey se me acerca más, y ésto es mucho conseguir”.... Así escribía María Antonieta a su madre, con respecto al obeso delfín Luis XVI, quien sufrió de una impotencia larga, que no fué obstáculo para que contrajera matrimonio y sometiera a su esposa a la tortura moral que en lo antes transcrito se vislumbra....

Las impotencias clasificadas en nuestro cuadro son todas sintomáticas de enfermedades o afecciones orgánicas o funcionales. No hemos incluido entre ellas la llamada impotencia idiopática o esencial de algunos autores, y sobre todo de los autores antiguos.

Pero es que existe, realmente, una impotencia idiopática? ¿Es que puede presentarse el síntoma de impotencia sin que los recursos de diagnóstico modernos puedan explicar relación ninguna con una enfermedad local o general que sea su causa oculta? Nosotros lo dudamos y casi nos atreveríamos a negarlo.

Es evidente que hay casos de impotencia que resisten los esfuerzos clínicos y laboratorísticos en busca de una causa explicativa. Tan raros son éstos casos, que pueden tenerse como excepcionales.... Y más lo van siendo, cuanto más ha avanzado la medicina, y especialmente los procedimientos diagnósticos.

Antes de Freud, antes de la doctrina endocrinológica, y antes también del conocimiento del cistoscopio, cuántas impotencias tenidas entonces por idiopáticas o esenciales no serían en verdad la consecuencia de una neurosis, de un desarreglo funcional endocrino de sintomatología apagada, o de una inflamación de la auretra posterior?

Recordamos nosotros, entre los casos de impotencia que nos ha tocado examinar, dos que podrían apellidarse de idiopáticos o esenciales, pero en ambos nos quedó la duda de que la causa real fuera una enfermedad general de suma levedad, el beriberi en el un caso y una anemia tropical en el otro.

“E. L., de treinta y ocho años de edad, soltero, quien hasta hace cinco años gozaba de una vida sexual sin contratiempos, llegó hace seis meses a nuestra consulta quejándose de erecciones muy débiles, de poluciones nocturnas frecuentes, y de eyaculación *ante portas*. Ni nuestras propias averiguaciones, ni las efectuadas por un psiquiatra de nota, dieron resultado ninguno que autorizara para clasificar la impotencia de aquel paciente como de origen psíquico. Dos urólogos efectuaron exámenes cistostópicos, tactos rectales y análisis urinarios repetidos, sin que tampoco por este camino se encontrara la explicación adecuada. Ni el examen del metabolismo basal, ni la calcemia, ni la dosificación de prolans, ni la radio-

grafía hipofisaria, ni la curva glicémica, exámenes que hicimos de un modo rutinario, sin esperar que ninguno de ellos nos aclarara el diagnóstico, ya que la clínica no nos había dado sospecha ninguna de endocrinopatía ni la más leve, se apartaron tampoco de la normalidad. El examen neurológico, que incluyó una punción lumbar para verificar las reacciones de la sífilis en el líquido cefalorraquídeo, tampoco lanzó luz ninguna en las vías del diagnóstico etiológico. Cuando ya estábamos cansados de investigar, en una de las tantas ocasiones en que repetimos el interrogatorio inicial, ampliándolo, este paciente nos contó que, en una ocasión, con motivo de un baño en tierra templada, en donde estuvo veraneando por unos meses, le aparecieron los patognomónicos "sabañones". El examen de sangre, que verificara el profesor Almanzar, hizo el diagnóstico de una ligera anemia hipocromática con hemoglobina de sesenta y cinco por ciento y tres millones ochocientos mil glóbulos rojos.

¿Era acaso justificado el atribuir la impotencia a esta ligera anemia? No podríamos asegurarlo nunca, y tampoco se obtuvo mejoría de la impotencia de este paciente con el tratamiento antianémico y antihelmíntico. De una manera empírica le prescribimos algunos comprimidos de yohimbina y al cabo de mes y medio de este tratamiento, el paciente pudo efectuar, un coito a satisfacción. Interrumpido el tratamiento, volvió a quejarse el paciente de su impotencia, y vuelto a las grafeas excitantes, tornó a haber erección apropiada.

Se trataba en el caso anterior, pues, de una probable atonía de los centros medulares y sagrados, pero... ¿Cuál era la causa de esa atonía? Acaso la ligera anemia hipocromática había sido capaz de suscitarla, al modo como la anemia perniciosa produce paraplegias por mielosis?...

El otro caso de impotencia que nos ha sido dable observar, y que merece con más justicia el calificativo de idiopático o esencial, es el de: "P. J., suboficial del ejército de Colombia, que vivió un año en Leticia, y vino a Bogotá enviado por los médicos militares, y afecto de una taquicardia, que se atribuyó al beriberi, que por entonces, y con un carácter verdaderamente epidémico, hacía estragos en nuestra guarnición amazónica.

A este paciente, a quien se le sometió a un tratamiento vitamínico apropiado, le sobrevino una impotencia total después de que los ligeros síntomas de avitaminosis (taquicardia, gran debilidad muscular de los miembros inferiores y verdadera paraplegia) habían desaparecido.

No verificamos en este paciente tantos exámenes como en el del caso anterior, porque estábamos seguros de que lo que no nos hacía sospechar la clínica no nos lo iba a demostrar tampoco el la-

boratorio, pero aconsejamos que intensificara el tratamiento vitamínico, que ya había sido interrumpido; y fuere que las inyecciones de vitamina B-1 produjeran el efecto adecuado, o que hubiera pasado el de la larga abstinencia sexual a que éste paciente había sido sometido, y a la que él mismo atribuía su afección, lo cierto fué que cuando, a los tres meses volvimos a verlo, se hallaba satisfecho de haber recuperado todos sus atributos sexuales.

Es natural que, en los tiempos en que no se conocía siquiera la patogenia de la avitaminosis beribérica, un caso como éste se hubiera atribuído bien a la abstinencia sexual, o se hubiera clasificado entre las impotencias idiopáticas. Ahora, cuando sabemos el papel antes insospechado, que juegan las vitaminas en la mayoría de las funciones orgánicas, y la importancia que tienen en endocrinología, no podríamos en justicia negar que exista una impotencia avitaminósica, y estamos seguros de que algún día surgirá el investigador que las estudie de cerca.

* * *

Han intentado algunos autores clasificar las impotencias según el tiempo del ciclo sexual, o del mismo coito, que se vea afectado. Y así surgieron las *impotencias anerectivas*, la *eyaculación precoz*, la *impotencia por falta de erotización nerviosa*, el *aspermatismo*, o falta de eyaculación, etc., etc.

No creemos nosotros en la utilidad de una clasificación que se base en estos nombres, y como principal razón para pensarlo así, tenemos la de la variabilidad enorme, que con respecto a los desarreglos en los distintos tiempos del ciclo sexual y el coito, se observa en un mismo caso, muchas veces de un día a otro.

Es natural que con las diversas causas de impotencia, varíe más o menos el momento del ciclo sexual, más directamente afecto; y así, en una obstrucción mecánica, por ejemplo, o en una insuficiencia testicular total, puede esperarse la falta de eyaculación, el *aspermatismo* que descubriera por primera vez Roubaud; pero, en general, el que haya una eyaculación precoz, una falta de libido o una anerección, no son por sí solos jalones suficientes para marcar la línea que lleve a la causa.

Es muy frecuente en las inflamaciones de la uretra posterior, y sobre todo en las consecuentes a una blenorragia, el que los pacientes se quejen al principio de eyaculaciones precoces, y que luego observen cómo sobreviene la anerección, sobre todo ante el primer intento de coito; (a menudo en el segundo intento consiguen una erección satisfactoria), y, a la larga, cuando la afección permanece sin tratamiento adecuado, sobreviene la impotencia total sin erección, hasta llegar a la pérdida de la libido, casi siempre por la repercusión psíquica que ha llevado consigo la repetición de vergonzosos fracasos. Quien, siguiéndose por esta pérdida del deseo sexual,

intuyere que en un caso análogo faltaba la erotización harmónica de los centros nerviosos, y pretendiera corregir tal impotencia a fuerza de extractos testiculares, iría irremediablemente hacia el fracaso, como estaría también condenado a él el urólogo que de buena fe, y por haber obtenido en el interrogatorio el dato de una blenorragia anterior, buscara y rebuscara con el uretroscopio y con las instilaciones argénticas, la curación de una impotencia diabética o prediabética, por ejemplo.

Respecto a la frecuencia de las diversas causas que nos han servido para clasificar las impotencias, ella concuerda con las estadísticas generales morbosas. No hay duda ninguna de que entre las causas locales infecciosas, la que más frecuentemente actúa es la blenorragia, y tampoco la hay de que entre las causas endocrinopáticas es la diabetes la que con mayor frecuencia aparece culpable.

* * *

El tratamiento de la impotencia ha de ir dirigido, naturalmente, hacia sus causas. Y por ende, no puede haber un tratamiento único que pueda aplicarse a todos los casos. Si los adelantos médicos nos permiten hoy llegar a un diagnóstico causal más fácilmente que antes sería signo de pereza mental o señal de ignorancia, el pretender sistematizar y rutinizar la terapéutica de una manera empírica y anticientífica. La evolución en el tratamiento de la ineptitud sexual ha marcado un paralelismo inquebrantable con la línea del progreso médico general. Antiguamente se hacía uso indiscriminado de los excitantes sexuales como el fósforo, la estricnina; de los vasodilatadores como la yohimbina; y en aquel campo de experimentación primitiva, se confundían los esfuerzos de la verdadera ciencia médica con la sabiduría popular, que atribuía propiedades maravillosas a multitud de plantas como la cananga, la galanga, la menta, la canela, el azafrán, etc., etc., muchas de las cuales se usaban desde los tiempos de Dioscórides y Galeno.

Para que la fisioterapia no faltara, se usaban también las duchas de aire caliente sobre los órganos genitales o la región lumbar; los lavados de agua fría, los masajes, las fricciones, y la flagelación. Algunos de estos medios terapéuticos eran francamente perjudiciales, como las cantáridas, a cuya aplicación local en vejigatorios se daban no pocos médicos a principio del siglo pasado, llegando a producir en ocasiones hematurias gravísimas, inflamaciones de la verga que no pocas veces caía esfacelada por culpa de un tratamiento que era más grave que el mal que buscaba aliviar.

Con el avance de las ciencias médicas, surgieron los tratamientos eléctricos, la hidroterapia más científicamente aplicada, etc., pero tanto éstos como los excitantes medicamentosos se siguieron empleando sin discriminación, y en ocasiones contra impotencias de causa neurológica aún hoy incurable.

Fué con las adquisiciones inapreciables de la relativamente reciente doctrina endocrinológica, de la urología y de la psiquiatría moderna, con lo que el tratamiento de las impotencias encontró al fin el camino de la verdadera ciencia; y así son: el psicoanálisis, los tratamientos urológicos y los endocrinos los que han logrado volver la tranquilidad a los espíritus de los débiles sexuales, tornando la energía y la actividad viril a sus órganos de reproducción. De todos estos tratamientos, el endocrino ha sido el que más recientemente obtuvo un refuerzo efficacísimo, con la obtención de hormonas sintéticas testiculares, y suprarrenales sobre todo. Como es la impotencia endocrina el objeto primordial de nuestro estudio, a espacio hablaremos y con detalles, de los tratamientos hormonales en los próximos capítulos, y terminaremos éste con algunos comentarios sobre los tratamientos urológicos y psiquiátricos.

Quien haya visto efectuar unas pocas sesiones de psicoanálisis, por un especialista experto, se habrá dado perfecta cuenta de las dificultades que éste método psicológico lleva consigo. Pero, desgraciadamente, no hay otro camino de salvación para los infelices que han visto sucumbir su potencia sexual en las garras de la neurosis. Es fortuna, de otro lado, que la mayoría de los casos de impotencia psicogenética es la de accidentes pasajeros, como fobias, repugnancias, hábitos, etc., que en muchas ocasiones ceden por la simple sugestión, y no hay duda de que entre los medios sugestivos obran muchos de los medicamentos que antes se tenían como excitantes y a los que aún, hoy se les da el papel de tales. Desde las inyecciones tónicas generales, pasando por los toques del trigémino hasta las inyecciones intrarraquídeas y no pocos medios cruentos como la ligadura de la dorsal del pene, la simpatectomía lumbar inferior, o la impregnación alcohólica de la arteria espermática, con los cuales no pocos investigadores han visto curarse *como con la mano* impotencias de aquella clase, son recursos que no intentamos criticar aquí, pero que tienen indudablemente un único sitio de derecho propio indiscutible, y este lugar corresponde muy principalmente a la psicoterapia.

Hace pocos años surgió en Italia también, y bajo el patrocinio del ilustre Pende, un tratamiento quirúrgico basado sobre la acción deprimente de la hiperexcitación simpática, (división de los rami-comunicantes) con el que Valdoni, en Roma parece haber obtenido éxito en unos pocos casos. Este tratamiento, que bien podría ser empleado en los de hipertiroidismo, no puede salir tampoco completamente de entre los medios sugestivos, mientras en las estadísticas no se enumeren y se estudien con detalles los casos de impotencia a los cuales se aplicó.

La operación de Lowsley y Bray, de que hablaremos al tratar de la impotencia hiposuprarrenal, sí tiene para nosotros un valor

diferente al puramente sugestivo, y esto lo decimos no sólo basados en las estadísticas de los autores del método, sino por habernos sido dable observar tres casos operados con pleno éxito.

Nadie puede dudar hoy del efecto de las instilaciones del nitrato de plata, de la diatermia o las ondas cortas, o de la sulfanilamida en el tratamiento de las impotencias de causa urológica. Por desgracia, estos pacientes, que con frecuencia sufren de poluciones nocturnas, espermatorea y otros fenómenos que traumatizan el espíritu, llevan a menudo consigo una repercusión psíquica de que poco caso hacen los urólogos, quienes, una vez cumplido su deber de descongestionar y desinfectar la uretra posterior, los envían de nuevo al comercio sexual sin pedir antes el concurso de especialistas psiquiatras que les quiten del ánimo un lastre ponderoso que a veces los lleva hasta la neurosis o la neurastenia. Estos pacientes y no pocos impotentes endocrinos, se van a veces de los consultorios ya curados de su causa primitiva de impotencia, pero aún más desesperanzados que antes, cuando no se tiene el cuidado de reajustar sus reacciones psíquicas.